

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 103

Les formes atypiques
du
Pneumothorax spontané

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean ESCOMEL

*Ancien Interne des Hôpitaux de Grenoble
et du Sanatorium de la Tronche*

Né le 29 Mai 1904, à PRIVAS (Ardèche)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

Les Formes Atypiques du Pneumothorax Spontané

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 103

Les formes atypiques
du
Pneumothorax spontané

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean ESCOMEL

*Ancien Interne des Hôpitaux de Grenoble
et du Sanatorium de la Tronche*

Né le 29 Mai 1904, à PRIVAS (Ardèche)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
	PAVIOT
Cliniques chirurgicales	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLIARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COLLET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAYET
Clinique chirurgicales, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COURMONT
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MANCEAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie externe	LERICHE
Pathologie interne	FROMENT
Pathologie et Thérapeutique générales	CADE
Anatomie pathologique	FAVRÉ
Chirurgie opératoire	FATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	ROCHAIX
Thérapeutique	SAVY
Pharmacie et Pharmacologie	LEULIER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TEILLER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	CIBERT
MAZEL	DUFOURT	GATÉ	EPARVIER
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINET
CHALIER (André)	GARRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REBATTU (Ch)



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COURMONT, président ; GATÉ, assesseur ;
BERNHEIM et DECHAUME, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A qui je dois tout. Ils voudront bien trouver ici un nouveau témoignage de ma profonde reconnaissance et de toute mon affection.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

En reconnaissance de leur sincère et cordiale affection et des précieux encouragements qu'ils n'ont cessé de me donner.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COURMONT

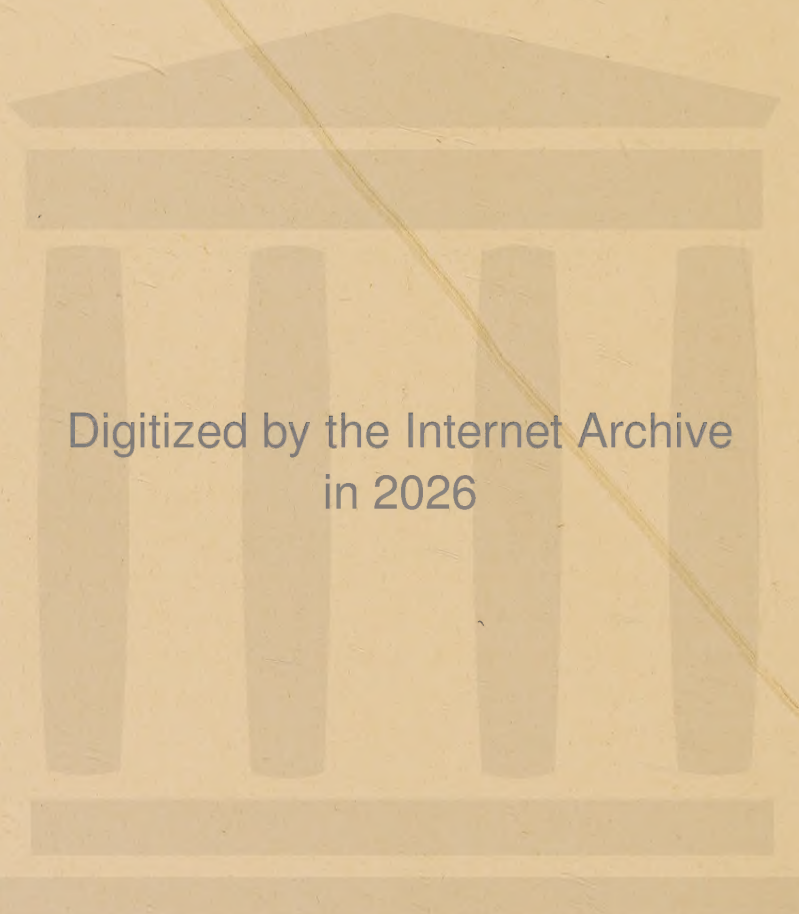
Il nous a réservé le plus aimable accueil. Nous sommes sensible au grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous le prions d'accepter ici nos sincères remerciements et l'expression de nos respectueux hommages.

A NOTRE MAÎTRE, MONSIEUR LE DOCTEUR AMABERT
Médecin des Hôpitaux et du Sanatorium de La Tronche

Notre séjour comme interne dans son service nous a été le plus profitable et le plus instructif. Il nous a initié dès les premiers jours avec une grande bonté et ne nous a jamais épargné ni son temps, ni ses conseils. Il a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail. Nous lui demandons d'agréer avec nos vifs remerciements l'hommage de notre respectueux attachement.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE GRENOBLE

AUX MEMBRES DE MON JURY



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Les Formes Atypiques du Pneumothorax Spontané

Introduction

Pendant notre stage dans les divers services de Médecine générale des Hôpitaux de Grenoble et au Sanatorium de La Tronche, il nous a été donné d'observer un nombre assez important de cas de Pneumothorax spontané chez les tuberculeux. Dès les premiers que nous avons pu constater, nous avons été frappé de la discordance qui existait entre les signes physiques et fonctionnels reconnus et la description classique des symptômes telle que nous la connaissions par les manuels. Alors même que le diagnostic de pneumothorax spontané était porté et radiologiquement confirmé, nous ne retrouvions pas dans l'interrogatoire rétrospectif des malades les signes caractéristiques qui eussent dû reconstituer le schéma révélateur : douleurs en coup de poignard — dyspnée intense — brusque ascension thermique, etc., et l'examen physique se réduisait à quelques termes simples que nous avons reconnus par la suite constants et sur lesquels nous reviendrons au cours de ce travail. Nous avons appris à attacher une importance toute spéciale à l'apparition non seulement des points de côté typi-

ques, mais des douleurs intra-thoraciques peu intenses, survenues plus ou moins brusquement, accompagnées ou non de quelque essoufflement et d'élévation thermique.

Nous estimons à l'heure actuelle que la découverte radiologique de pneumothorax spontané est l'exception, que l'on doit dans la presque totalité des cas porter un diagnostic ferme, à condition de songer toujours à la possibilité de cette complication, de n'attacher qu'une importance toute relative à la présence, à l'intensité et au nombre des signes fonctionnels (chaque signe fonctionnel de pneumothorax spontané peut d'ailleurs se rencontrer chez les tuberculeux, à l'état isolé ou plus ou moins réunis, à l'occasion de tout autre chose que le pneumothorax) et de se rapporter systématiquement à la constante $S = +$, $V = 0$, $R = 0$. Sonorité exagérée ($S = +$); vibrations abolies ($V = 0$) et respiration abolie ($R = 0$).

Ayant pu rassembler *trente nouveaux cas* de cette affection, il nous a été permis de tenter une revision générale des notions communément admises, qui corrobore les travaux plus ou moins récents.

Un tel travail d'ensemble est rendu possible à l'heure actuelle par la réunion dans les Sanatoriums et Hôpitaux-Sanatoriums des tuberculeux, autrefois répartis — beaucoup moins nombreux d'ailleurs — dans les divers services de médecine générale. Si l'on considère que le pneumothorax spontané est une complication rare (en 8 ans, nous avons constaté, au Sanatorium de La Tronche, 20 cas seulement, pour un nombre constant de 250 malades en traitement), qu'il

existe des « formes ambulatoires », que les signes sont parfois très frustes ou passent inaperçus en regard par exemple des symptômes d'une évolution tuberculeuse grave, il nous a paru intéressant de fixer une symptomatologie plus réelle de cette affection, plus en rapport avec les méthodes modernes d'hospitalisation et de traitement des tuberculeux et de dégager une conclusion pratique quant à son importance clinique et diagnostique.

Nous avons délibérément laissé de côté les perforations pulmonaires au cours des pneumothorax artificiels — il ne peut être question ici que du pneumothorax spontané chez les tuberculeux.

Nous avons toutefois relaté une observation de « pneumothorax des conscrits » typique chez un sujet paraissant indemne de tuberculose (obs. n° 22), mais la pathogénie très controversée de cette affection n'élimine pas totalement le facteur bacillaire. Et son extrême rareté en fait pour ainsi dire une curiosité clinique que nous ne pouvions passer sous silence.

Nous avons fait un court résumé de chaque observation, puis une série de tableaux synoptiques qui permettent d'établir les relations de fréquences entre les symptômes constatés, et de les comparer avec les signes classiques. Ces tableaux nous permettent de jeter les bases d'une description clinique nouvelle.

Notre étude comporte également un chapitre sur l'évolution et le traitement, et une tentative de pathogénie.

Nous ne prétendons pas apporter à l'étude du pneumothorax spontané une contribution définitive. Nous avons voulu simplement exposer une documentation susceptible d'être utile un jour à des travaux plus autorisés que les nôtres.

Historique - Description classique

La description de certains signes de l'affection décrite sous le nom de Pneumothorax remonte aux premiers âges de la médecine. Hippocrate, dès cette époque, savait, dit-on, rechercher un signe important : la succussion dite aujourd'hui hippocratique. Après être tombé dans l'oubli, Ambroise Paré le remet en honneur et il parlait en ces termes du bruit de succussion : « Il jetait la boue par la bouche, la crachant en grande abondance, fort fétide et puante par l'espace de 6 semaines, puis elle s'arrêta vingt jours après ; au moyen de quoi lorsqu'il se baissait et remuait on oyait un bruit de son corps comme une bouteille à demi-pleine ».

Ce n'est qu'en 1803 qu'Itard crée le mot de pneumothorax.

Laënnec devait en reprendre l'étude peu après et en fixer une description magistrale. Il s'est surtout occupé des pneumothorax tuberculeux, affection à son avis toujours grave et souvent mortelle.

Il n'a jamais observé, dit-il, cette affection chez un sujet qui ne soit pas alité.

Louis Stokes, Saunier établirent sa fréquence chez

les tuberculeux, tandis que Jaccoud, Potain, Gaillard ont complété son étude sémiologique.

Tous les auteurs ont décrit un pneumothorax spontané à forme dramatique, le seul qui se manifestât par des signes cliniques nets, les formes frustes passant presque toujours inaperçues — jusqu'au jour où les rayons X en révélèrent l'existence, ces formes à bas bruit ne retinrent pas l'attention. — On sait aujourd'hui qu'elles sont les plus fréquentes et sont recherchées systématiquement.

Louis comparait la soudaineté de la perforation pulmonaire à celle de la perforation intestinale. Le tableau est aussi dramatique : *douleur* souvent atroce, *en coup de poignard*, éclatant brutalement à l'occasion d'un effort plus ou moins important : travail musculaire, quinte de toux, éternuement, rire (Chauffard), parfois sans cause apparente, par exemple au cours de la nuit.

En même temps, *dyspnée* extrêmement impressionnante, expliquée par la suppression fonctionnelle subite de la totalité ou d'une partie d'un poumon. — Angoisse indicible, cyanose, sueurs froides, affolement du pouls, tendance au collapsus.

Le moindre mouvement, la moindre secousse de toux, rendent encore plus intolérable la douleur.

Très rapidement la température monte à 40.

Le mort peut survenir dès les premières heures par asphyxie.

Mais le plus souvent, une adaptation relative se fait. Le malade, soulagé par une thérapeutique appro-

priée, tolère mieux la douleur et la dyspnée. Le cœur réagit, le poumon sain assure plus facilement sa fonction de suppléance. La température baisse. Le malade recouvre plus ou moins la liberté de ses mouvements.

La recherche des signes physiques est alors rendue plus facile et permet de confirmer aisément le diagnostic de pneumothorax spontané.

Tantôt il s'agit d'un tuberculeux ancien, et le pneumothorax spontané survient comme complication d'une affection antérieure méconnue. Tantôt, le malade ignorait sa maladie ou négligeait les symptômes qui eussent permis de la révéler. C'est d'ailleurs très souvent dans ce dernier cas que le tableau est le plus dramatique, parce que le pneumothorax spontané affecte un poumon relativement peu atteint, avec plèvre libre, non encore symphisée: l'inondation gazeuse est totale. Elle « fait le plein ».

Les signes physiques sont les suivants. Ils peuvent se rencontrer simultanément ou quelques-uns seulement :

Voussure du thorax ; immobilité des espaces intercostaux ; apparition d'un lacis veineux superficiel.
Abolition des vibrations.

Sonorité exagérée ou même tympanisme.

Silence respiratoire ; souffle amphorique ; tintement métallique (sur la valeur desquelles il convient actuellement de se référer en particulier aux travaux de Bernoux et Matteï) ; bruit d'airain, bruit de rouet sous-claviculaire.

Déviation des organes (médiastin, cœur, diaphragme).

Tous ces signes, répétons-le-, sont inconstants, et ils vont se révéler, disparaître ou se modifier avec l'apparition rapide du *liquide* : d'abord clair, citrin, avec matité à son niveau, et le bruit caractéristique de la succussion hippocratique. Les rayons X en confirmeront la présence, et montreront un épanchement très mobile avec ligne supérieure horizontale.

Très vite, il opère sa transformation purulente, acheminant le malade vers le collapsus, la dégénérescence amyloïde, ou, s'il s'agit de lésions bilatérales, le poumon non collabé peut évoluer très rapidement et entraîner la mort par ses actions propres.

FORMES CLINIQUES

Mais on a décrit aussi des formes cliniques, signalées comme des raretés ; celles qui sont apparues sans fracas — à signes fonctionnels et physiques discrets— découvertes par hasard, le plus souvent au cours d'un examen radiologique, ou parce qu'un jour, une matité inattendue apparue au niveau de l'un des poumons révèle l'existence d'une collection liquidienne dont on recherche l'origine exacte.

Ce sont, le « Pneumothorax muet » de Sabourin (*Revue de Médecine*, 1908), le « Pneumothorax latent », le « Pneumothorax ambulatoire » de Castaigne et Paillard, les formes signalées par Bouchut et Gravier (*Lyon Médical*, 1911 et 1913) au cours de l'empyémie et de la thoracentèse, et ces formes frustes signalées par Adler, in *Thèse Lyon*, 1908.

Enfin le Pneumothorax de Gaillard ou « des conscrits » est également considéré comme une forme indépendante, et il y aura lieu d'y revenir.

Résumés d'observations

OBSERVATION N° 1

(Docteur PORTE).

I... Ernestine, 14 ans.

Entrée le 8 *février* 1931 dans le service avec point de côté droit. Température à 40°. Pouls: 100.

A l'examen : Signes classiques d'une pleurésie droite.

Douze jours après, le 12 *février* : Pneumonie franche du côté gauche.

Analyse des crachats : Pas de B. K.

Atténuation des signes généraux et locaux.

Le 9 *mars*, apparition d'un léger point de côté au niveau de l'omoplate droite. Dyspnée peu marquée; pouls à 90; pas de température.

L'examen radiologique pratiqué le lendemain révèle à droite une image hydroaérique.

Le pneumothorax est entretenu par des insufflations de gaz à partir du 21 *mars*.

Quitte le service le 24 *mai*.

A noter que le point de côté, survenu le 9 *mars*, n'a pas retenu l'attention de la malade, qui ne le signala pas et n'en fit état qu'à l'interrogatoire rétrospectif.

OBSERVATION N° 2

(Docteur MATTEI)

Georges Nor..., 46 ans.

Alors qu'il n'était pas malade antérieurement, le 12 novembre 1930, ressent un petit point de côté gauche. Un peu essoufflé.

On fait le diagnostic de bronchite puis congestion pulmonaire gauche. Température de 38° le soir, pouls: 80.

L'état étant toujours stationnaire, on fait une ponction exploratrice qui ramène un liquide citrin. On pose le diagnostic de pleurésie et l'on fait 3 thoracentèses.

A son examen radiologique on voit une image hydro-aérique de pneumothorax.

Pas de B. K. dans les crachats.

Etat général médiocre.

OBSERVATION N° 3

(Docteur MATTEI)

Julien Rit..., 44 ans.

Entre au Sana le 16 décembre 1930.

Ne se souvient que d'un essoufflement modéré survenu sans cause apparente le 15 ou 16 octobre 1930.

Pas de température à ce moment, pas de toux, ni d'expectorations.

Cependant cet essoufflement et cette gêne à la respiration augmentant légèrement, le malade s'adresse à son médecin qui fait le diagnostic aux R. X de pneumothorax total.

Pas de B. K.

Pression intra-pleurale : 14 plus 4.

Le 12 *février*, à son nouvel examen radiologique, on note un peu de liquide dans le cul-de-sac costo-diaphragmatique.

OBSERVATION N° 4

(Docteur LAMY)

Ch... Augustine, 19 ans.

Entrée au Sanatorium le 25 *août* 1927.

Signes de ramollissement de tout le poumon *droit* avec petites géodes du lobe inférieur.

Peu de choses au poumon gauche : quelques petits adventices fins vers les 2° et 3° espaces et la région hilare en arrière. Etat général médiocre.

Chrysothérapie. Cure hygiéno-diététique. Reprise de poids de 10 kg.

Pas de modification sensible des signes pulmonaires.

Toutefois, le 14 *décembre*, on note sur toute la hauteur du poumon droit en arrière et en haut : **submatité** très marquée ; murmure vésiculaire très diminué.

Le 27 *décembre*, au-dessus de la fosse sus-épineuse, souffle amphorique, tintements métalliques. On songe à un pneumothorax spontané.

Radioscopie : Pneumothorax spontané localisé du sommet.

Le 13 *mars* : Persistance des signes de pneumothorax.

Bon état général. Reprise de poids régulière.

OBSERVATION N° 5

(Docteur LAMY)

Mme Meich..., 20 ans.

Entre au Sanatorium le 8 *octobre* 1928, avec des signes de ramollissement sur toute la hauteur du poumon droit.

Au lobe supérieur, petites géodes.

Au poumon gauche, quelques frottements à la base.

Brusquement, le 5 *décembre*, sa température monte aux environs de 40°; pouls à 120. Respiration: 35 à la minute.

Elle se plaint en outre d'un violent point de côté droit et d'une forte oppression. Mais ce n'est qu'à l'examen du 15 *décembre* 1928 que l'on trouve un silence respiratoire à droite. Le surlendemain, des bruits de l'hydro-pneumo-thorax sont nets.

Le 2 *mars* 1929 : Liquide jusqu'à la clavicule et l'on procède à une thoracentèse et à la création d'un oléothorax.

Le 28 *septembre* 1929 : Aucun incident depuis son oléothorax, revient chaque mois et l'on retire à chaque nouvel examen 300 à 600 cmc. de liquide.

Très bon état général.

Le 3 *octobre* 1930 : Grossesse de 5 mois.

OBSERVATION N° 6

(Docteur SAPPEY)

Anibe..., 34 ans.

Entré à l'hôpital le 17 *janvier* 1927 pour pleurésie.

Est malade depuis le 20 *septembre* 1923 et rentre primitivement dans un pavillon de chirurgie. Après une ponction exploratrice qui retire un liquide citrin, on pratique une thoracentèse d'un litre. Après quoi, le malade va dans un pavillon de médecine.

Mais sa dyspnée est toujours vive. 28 respirations à la minute; pouls à 100; température à 37°6. A l'examen pulmonaire, on note :

A *droite* : Voussure de l'hémithorax et une matité assez marquée; abolition des vibrations; murmure vésicu-

laire faiblement entendu mais pas d'égophonie, ni de pectoriloquie aphone.

A *gauche* : Respiration de suppléance.

Le foie est abaissé et douloureux.

Au cœur rien de spécial.

Devant cette symptomatologie complexe, on passe le malade à la radio le 14 *février* 1924.

Poumon droit rétracté par pneumothorax total avec quelques adhérences au sommet.

Poumon gauche tacheté.

Passe au Sanatorium le 22 *février* 1924.

OBSERVATION N° 7

(Docteur SAPPEY)

Bl... Ernest, 35 ans.

Entré dans le service de médecine le 11 *avril* 1920, pour dyspnée qui est apparue le jour même de son entrée, brusquement, sans cause apparente. Il donne difficilement les renseignements à cause de cette dyspnée qui continue à être **violente**.

Tousse et crache depuis *août* 1919. Fléchissement de l'état général. Sueurs nocturnes. Quelques points de côté.

Le 11 *avril*, il a vaqué à ses occupations comme d'habitude, lorsque dans l'après-midi, il a ressenti un léger point douloureux dans la région du dos et du côté droit.

Rapidement — quelques minutes — l'essoufflement apparaît, il devient si marqué que le malade est obligé de se rendre difficilement d'ailleurs au commissariat pour être hospitalisé d'urgence.

A son entrée : Dyspnée très vive. Pommettes un peu violacées. Température à 39°2. Respiration à 50 par minute. Pouls à 140.

Le lendemain, 12 *avril*, le malade est toujours très

dyspnéique. La respiration est du type diaphragmatique. Voussure du côté droit.

Rien de spécial à la palpation et percussion ; à l'auscultation, abolition presque complète du murmure vésiculaire à droite.

A gauche, rien de spécial.

Mort le 12 *avril*, à 18 heures.

Autopsie le 13 avril 1920 : A l'ouverture du thorax, sifflement de gaz contenu dans la plèvre, en même temps l'on trouve le poumon droit totalement rétracté vers le hile, sauf au sommet où il est fixé au dôme pleural par quelques adhérences. Au sommet droit, caverne. Rien de particulier à gauche.

Foie gros. Cœur petit.

OBSERVATION N° 8

(Docteur SAPPEY)

Cot... Charles, 29 ans.

Le *dimanche 8 avril 1923*, veille de l'entrée dans le service, au retour d'une promenade, le malade est pris subitement d'un violent point de côté droit.

Il avait l'impression qu'il étouffait et ne put que péniblement regagner son domicile.

A l'examen : Le malade n'est pas cyanosé mais dyspnéique. Aux poumons, à droite, hypersonorité de tout le thorax, absence de vibrations vocales.

A l'auscultation : Souffle amphorique étendu sur toute la hauteur du côté droit, tintement métallique, bruit d'airain très net. Pas de succussion hippocratique.

A gauche en arrière, nombreux râles humides. Température à 39°. Pouls à 110. Respiration: 30 à la minute.

Abaissement du foie. La pointe du cœur est déplacée

et bat à trois travers de doigts de la ligne mamelonnaire. La radio du 14 *avril* 1923 montre un pyopneumothorax droit avec ombre cardio-aortique fortement déplacée vers la gauche.

Le poumon gauche est gris et présente un sommet pommelé,

OBSERVATION N° 9

(Docteur SAPPEY)

C..., 45 ans.

Aucun antécédent. Le début de l'affection actuelle remonte à environ trois semaines; pas de fièvre, pas d'oppression, point de côté droit peu violent. Ce malaise aurait duré 5 jours, après quoi le malade avait repris son travail. Mais au bout d'une semaine, apparition de crachats hémoptoïques qui motivent l'entrée à l'hôpital au bout d'une semaine.

A l'entrée : Température 38°. Aucun malaise. Très léger sentiment d'oppression et petite gêne à droite. Expectoration purulente et abondante (un crachoir). Pas de cyanose de la face et des extrémités.

L'examen des poumons ne révèle que peu de signes.

A droite, en arrière, submatité suspendue de 3 ou 4 travers de doigts dans la fosse sous-épineuse et une grosse obscurité respiratoire.

A gauche, rien à signaler.

L'examen radioscopique fait le 6 *août* 1923 montre une pyopneumothorax enkysté au niveau de la scissure interlobaire horizontale avec une zone absolument opaque et ayant environ le volume du poing avec un niveau liquidien extrêmement net.

Le 8 *août*, la poche purulente a diminué d'un tiers et le 13 *août* elle est réduite au volume d'une grosse noix.

Le 18 août 1923, la température qui était à 37° monte à 38° et à 39°, l'expectoration devient de nouveau abondante avec les mêmes caractères qu'antérieurement.

Malheureusement, le malade sort sur sa demande le lendemain.

OBSERVATION N° 10
(Docteur SAPPEY)

Sébast... Pér..., 10 ans.

Rentre le 19 mars 1930 avec le diagnostic de pneumothorax.

La veille de son entrée, à l'occasion de toux, notre petit malade est pris d'un violent point de côté droit, avec dyspnée intense et le médecin appelé fait le diagnostic de pneumothorax.

A son entrée : Température à 37°4, visage légèrement cyanosé; la dyspnée est vive et le pouls est petit, mais rapide : 120 à la minute. Le nombre des respirations est de 38.

L'examen pulmonaire révèle :

A droite : Une voussure très accentuée avec hypersonorité à la percussion. A l'auscultation, souffle amphorique, mais pas de succussions hippocratiques. Murmure vésiculaire aboli.

A gauche : Signes de broncho-pneumonie.

Le 25 mars 1930, le malade va mieux et la radio de ce jour montre un pneumothorax total.

Sort le 1^{er} avril 1930.

OBSERVATION N° 11
(Docteur SAPPEY)

Tavern..., 48 ans.

Rentre à l'hôpital le 31 décembre 1929 avec le diagnostic d'emphysème.

L'affection actuelle remonte au 1^{er} *décembre* environ. Sans aucun prodrome, alors que le malade faisait un mouvement pour se lever, subitement il ressentit une douleur vive et subite au creux de l'estomac. A ce moment, toux et dyspnée, température vers 39° et rentre à l'hôpital.

A son entrée : Cyanose légère. Respiration 43.

A l'examen : On note, à *droite surtout*, une hyper-sonorité bilatérale. Les vibrations sont transmises des deux côtés, mais le murmure vésiculaire est aboli du côté droit.

A gauche : Respiration de suppléance.

On pense à un pneumothorax spontané.

Radio : Rien de caractéristique, le 2 *janvier* 1930.

Le 8 *janvier* 1930 : Dyspnée toujours vive, mêmes signes que précédemment.

La radio du 9 *janvier* 1930 montre un pneumothorax sans liquide, avec refoulement du médiastin du côté gauche et signe de Kienbœck.

Pneumothorax à soupape.

Mort le 4 *février* 1930.

OBSERVATION N° 12

(Docteur SAPPEY)

(Pneumothorax traumatique)

Christophe P..., 42 ans.

Rien de spécial dans ses antécédents et rentre à l'hôpital le 10 *novembre* 1924, avec le diagnostic de congestion pulmonaire du poumon droit.

Le 15 *novembre* 1924, à midi, à la suite d'une ponction exploratrice (négative), le malade est pris subitement d'un point de côté très violent, s'accompagnant d'une dyspnée intense et d'une légère cyanose. Pouls à 120.

Ces signes coïncident à l'auscultation avec l'apparition d'une sonorité tympanique dans toute la moitié supérieure du poumon droit. Absence de murmure vésiculaire. Pas de souffle amphorique, ni tintement métallique. On fait le diagnostic de pneumothorax.

Le malade meurt 8 jours après, étant apparu un foyer étendu de râles fins au poumon gauche.

OBSERVATION N° 13

(Docteur LAMY)

G... Jeanne, 24 ans.

Malade entrant au Sana le 3 *septembre* 1930, avec le diagnostic de tuberculose ulcéro-caséeuse étendue, sur tout le poumon gauche.

Le 29 *novembre* 1930, la malade accuse un point de côté violent dans l'aisselle gauche. Sa respiration est courte, superficielle, accélérée.

La dyspnée est légère et peu de cyanose de la face et des mains. Quant à la température, elle ne varie pas et se maintient comme par le passé aux environs de 38°. Pouls : 80. Respiration : 38.

A l'auscultation : Devant l'abolition du murmure vésiculaire, du tintement métallique, de l'hypersonorité et devant tous les autres symptômes, on pose le diagnostic de pneumothorax spontané gauche.

Pas de liquide, ni succussion hippocratique. On fait une décompression d'urgence à plus 17 et un mieux semble se produire, lorsque deux heures après, le même état se reproduit. La malade asphyxie et l'on refait une décompression. Elle se trouve mieux. Cependant, au bout de quatre heures, l'état de la malade devient encore inquiétant et sérieux, on laisse l'aiguille de décompression

à demeure et l'on fait échapper l'air à travers un tube d'huile goménolée.

Néanmoins, la mort survient 5 jours après, dans le collapsus, le 4 décembre 1930.

OBSERVATION N° 14
(Docteur AMABERT)

D... Désiré, 48 ans.

Reçoit au Sanatorium, avec 38° de température, le 8 décembre 1923. Pas de point de côté. Ne se sent pas fatigué.

L'examen pulmonaire, à son entrée, montre :

A *gauche*, en arrière, des vibrations augmentées, des râles humides très nombreux, *pectori loquie* aphone, pas de souffle dans la fosse sus-épineuse. Dans la fosse sous-épineuse, respiration très soufflante avec *pectori loquie* et nombreux râles humides.

En avant, sous la clavicule, râles à timbres hydroaériques.

A *droite* : Respiration emphysémateuse sans adventices.

La radio du 20 décembre 1923 montre :

A *droite* : Des traînées scléreuses sur la hauteur du poumon.

A *gauche* : Une image de pneumothorax spontané paraissant de date relativement récente du fait du peu d'abondance de liquide.

Le médiastin est déplacé vers la droite. Diaphragme abaissé.

Se suicide une semaine après, le 27 décembre 1923.

OBSERVATION N° 15

(Docteur AMABERT)

M... Fernand, 21 ans.

Rentre le 8 *septembre* 1930 au Sanatorium pour tuberculose ulcéro-caséreuse du poumon gauche.

Le 28 *septembre* 1930, le malade a ressenti un point de côté dans l'hémithorax gauche, au niveau de la région mamelonnaire. Température à 37°2. Pas de cyanose. Pas de dyspnée. Pouls à 75.

A l'examen : On note une respiration soufflante au poumon droit.

Au poumon gauche, une obscurité respiratoire de tout l'hémithorax des deux tiers supérieurs. Tintement métallique. Pas de signes d'épanchement.

La radio du 11 *octobre* 1930 confirme le diagnostic de pneumothorax gauche.

Mort le 22 *novembre* 1930.

OBSERVATION N° 16

(Docteur AMABERT)

P... S..., 34 ans.

Rentre au Sanatorium pour tuberculose ulcéro-caséreuse du poumon gauche, le 21 *février* 1928.

A l'auscultation : On trouve des signes caséeux très évolutifs et très étendus du poumon gauche.

A droite : Rien de très net à cause des bruits transmis.

La radio confirme le diagnostic posé.

Le 30 *juin* 1928 : Le malade présente un malaise général, sans localisation marquée. Quelques nausées.

Pouls à 80. Température, comme tous les jours, aux environs de 38°2. Légère dyspnée.

A l'examen du poumon gauche, on trouve un souffle amphorique des deux tiers de la base et une succussion hippocratique. On pense à un pneumothorax et la radio, faite le 2 juillet 1928, permet de confirmer le diagnostic.

Mort le 23 juillet 1928.

OBSERVATION N° 17

(Docteur AMABERT)

Rit... Louis, 20 ans.

Rentre au Sanatorium le 3 mars 1924, avec une température oscillant entre 36°3 et 39°6.

A l'examen des poumons, on note :

A droite : En arrière, une respiration très soufflante, craquements et râles humides.

En avant : Râles sous-crépitants.

A gauche : En arrière, nombreux râles humides; en avant, râles humides.

L'examen radiologique du 13 mars 1924 donne :

A droite : Une image de lobite supérieure avec une image cavitaire.

A gauche : Le poumon est tout tacheté.

Le 27 avril : Le malade présente un point de côté relativement peu violent à gauche, survenu sans cause apparente. Pas de cyanose, respiration à 30 à la minute. Température à 39°1. Pouls à 110.

A l'auscultation on note une abolition du murmure vésiculaire avec hypersonorité en avant. Les vibrations ne sont pas transmises. Trois jours après, souffle nettement amphorique.

La radio du 7 mai 1924 donne un pneumothorax partiel de la base gauche. Le diaphragme est abaissé. Léger liquide dans le cul-de-sac.

A droite : Condensation pulmonaire du tiers supérieur ; cœur légèrement dévié vers la droite.

9 mai 1924 : A été pris hier, après le repas de midi, de crises d'oppression qui ont duré tout le restant de la journée. Est mort à 23 heures, le 8 mai.

OBSERVATION N° 18

(Docteur AMABERT)

M... M..., 28 ans.

Ancien malade du Sanatorium qui, lors de son dernier examen radiologique, présentait le 2 juillet 1927 :

Un lobe droit pommelé.

Peu de chose au poumon gauche.

Le 25 juillet, alors que le malade n'avait pas antérieurement de température, celle-ci monte brusquement à 39°6 et redescend le lendemain pour se maintenir aux environs de 38°3.

Un point de côté à droite a fait son apparition. Il est survenu brusquement à l'occasion d'une secousse de toux. Pas de dyspnée, pouls à 110, respiration à 35.

A droite, à l'auscultation, la sonorité est exagérée, les vibrations sont abolies et le murmure vésiculaire n'est pas entendu. On pose le diagnostic de pneumothorax.

La dyspnée qui était nulle ou légère devient intense le 18 août 1927. Il existe une sinistocardie formidable et la radio du 23 août 1927 montre un pneumothorax total droit avec un volumineux épanchement étalé sur le diaphragme. Refoulement du cœur et du médiastin.

On pratique d'abord une thoracentèse de 600 cmc. qui n'amène aucun soulagement. On en pratique une le 20 août 1927 de 3 litres 500.

Le 8 septembre 1927 : Etat général précaire. Dyspnée, œdème de la paroi.

Thoracentèse le 11 *septembre*, de 450 cmc.

Le 16 *septembre* : Thoracentèse de 900 cmc.

Le 27 *septembre* 1927 : Thoracentèse de 150 cmc. de liquide.

Le 28 *septembre* 1927 : Thoracentèse de 2 litres de liquide purulent.

Mort le 11 *novembre* 1927.

OBSERVATION N° 19

(Docteur AMABERT)

S... A..., 21 ans.

Envoyé par le Dispensaire de Grenoble et rentre au Sana le 12 *septembre* 1928.

La radio du 12 *janvier* 1929 montre une ombre limitée à droite au niveau du hile pulmonaire et à gauche dans les deux tiers supérieurs et au niveau du sinus costo-diaphragmatique.

Le 10 *février* 1929 : Apparition d'un point de côté gauche violent, subit, avec température à 39°, qui s'est maintenue pendant quelques jours. Respiration à 40 à la minute. Dyspnée assez marquée sans être cependant suffocante ni même inquiétante. Cyanose des extrémités. Pouls à 90.

A l'auscultation, on trouve des signes classiques de pneumothorax.

Hypersonorité du poumon gauche.

Abolition des vibrations.

Tintements métalliques.

La radio d'ailleurs, faite peu de temps après, montre un pneumothorax total et pas de liquide (le 23 *février* 1929).

Le 22 *juin* 1929 : Le malade présente un épanchement qui nécessite une thoracentèse de 700 cmc.

Les signes fonctionnels et généraux sont très marqués.

Mort le lendemain, à 17 heures.

OBSERVATION N° 20

(Docteur AMABERT)

W... Mario, 47 ans.

Ce malade rentre au Sanatorium le 7 *décembre* 1926, pour point de côté.

Aucun antécédent. Le malade se souvient nettement que le 11 *octobre* 1926, à la suite d'un coup de froid et d'une secousse de toux, il a ressenti brusquement un point de côté violent à droite. Nulle oppression, pas de fièvre, mais, vu la douleur qui était intense, il a gardé le lit.

Voyant que son état était toujours inquiétant, il a fait venir son médecin qui l'envoie au Sanatorium.

A l'entrée : Température de 38°.

A l'examen : On note, à *gauche*, une respiration emphysémateuse; à *droite*, en *arrière*, dans les deux tiers supérieurs, une sonorité diminuée, des vibrations augmentées et une respiration presque abolie.

En avant : Respiration soufflante.

La radio du 23 *décembre* 1926 donne une image hydro-aérique de pneumothorax spontané.

Sort sur sa demande le 14 *mai* 1927.

OBSERVATION N° 21

(Docteur AMABERT)

G... François, 24 ans.

Entré le 23 *novembre* 1928.

Décédé le 8 *février* 1930.

Antécédents bacillaires. Le malade qui était déjà en traitement à l'hôpital de Thonon est pris brusquement, dans la nuit, d'un violent point de côté gauche, le 15 *no-*

vembre 1928. En même temps, apparition d'une dyspnée intense et d'une température à 40°. Cyanose marquée. Pouls rapide filiforme.

Quelques jours plus tard, le malade arrive au Sana et dès son arrivée on pratique une ponction exploratrice qui retire du liquide.

Trouvant à l'auscultation des signes de pneumothorax, on pratique une thoracentèse aérienne et liquidienne qui soulage le malade. La température oscille les premiers jours entre 38° et 40°. Aux R. X., le 1^{er} décembre 1928, on trouve un pneumothorax de la base gauche avec un niveau liquidien très mobile, remontant presque jusqu'à la pointe de l'omoplate.

Le 4 décembre 1928 : Dextrocardie. Injection de 260 cmc. environ d'huile goménolée à 5 %.

R. X. le 6 décembre 1928 : Le niveau liquidien a augmenté légèrement.

Le 17 janvier : Quoique la température reste stationnaire, l'essoufflement reste très prononcé. On pratique une thoracentèse et l'on évacue 1 litre de liquide purulent jaune verdâtre.

5 février : Pas de température, mais essoufflement prononcé. Thoracentèse de 1.200 cmc. de liquide purulent, injection de 100 cmc. d'huile goménolée.

25 février 1929 : Thoracentèse de 1.500 cmc.

9 mars 1929 : Excellent état général mais essoufflement à nouveau assez intense.

Thoracentèse de 1.000 cmc.

Oléothorax : 100 cmc.

25 mars 1929 :

Thoracentèse de 2.000 cmc.

Oléothorax : 200 cmc.

11 avril 1929 :

Thoracentèse de 2.000 cmc.

Oléothorax : 200 cmc.

18 avril 1929 :

Thoracentèse de 2.000 cmc.

R. X. du 29 mai 1929 : Le niveau liquidien monte jusqu'au niveau de la clavicule.

Le 23 mai 1929 : Thoracentèse de 2.000 cmc., liquide purulent assez épais.

Oléothorax de 250 cmc. d'huile goménolée tiède.

R. X. le 12 juin 1929 : Aspect inchangé, le malade va cependant un peu mieux.

R. X. le 2 septembre 1929 : A gauche, signe de pyopneumothorax avec niveau remontant jusqu'au niveau de la clavicule.

A droite, au sommet, toux retentissante et foyer de râles muqueux sous-claviculaire.

9 juillet 1929 : Thoracentèse : 2 litres; oléothorax : 300 cmc.

23 octobre 1929 : Essoufflement, le liquide paraît occuper tout l'hémithorax.

28 octobre 1929 : Thoracentèse : 2 litres 1/2, injection seulement de 70 cmc. d'huile goménolée par suite de douleurs dans toute la région thoracique.

24 janvier 1930 : Thoracentèse : 1 litre 1/2 (total: 26 litres), injection d'huile goménolée: 180 cmc.

Aux R. X., le 28 janvier 1930, on ne peut plus voir le niveau liquidien et tout l'hémithorax est pris.

Mort 11 jours après.

OBSERVATION N° 22

(Docteur AMABERT)

(Pneumothorax des conscrits)

M. S... Marcel, 24 ans.

Entré le 12 février 1924.

Passé au Sana le 19 février 1924.

A. H. : Père mort d'affection pulmonaire aiguë, un frère et une sœur morts en bas-âge.

A. P. : Rien à signaler jusqu'en 1921, date à laquelle le malade contracte le paludisme à Constantinople. Pas d'éthylisme, ni spécificité.

C'est brusquement, au milieu d'une période de bonne santé qu'il y a deux semaines, du côté gauche, le malade ressent un point de côté violent avec essoufflement marqué.

Ce début n'avait été précédé ni de pertes de forces, ni de pertes d'appétit, ni amaigrissement. Cependant, une petite toux avait fait son apparition depuis quelque temps. Le médecin appelé fait prendre la température à ce moment-là et l'on trouve 37°4. Elle a toujours été prise depuis et oscille entre 36°8 et 37°5.

L'évolution s'est faite progressivement vers une amélioration; il persiste un certain degré d'essoufflement à l'effort, mais le point de côté a disparu.

A l'entrée : Température de 37°4; pouls à 64; respiration par minute: 20. Le malade est dans une position mi-assise. Le décubitus est indifférent : dorsal, latéral droit ou gauche. Il n'y a ni toux, ni expectoration .

L'examen des poumons montre :

A gauche, en arrière, le côté un peu voussuré; hyper-sonorité de toute la partie supérieure du poumon. Vibrations vocales à peu près abolies au même niveau.

Obscurité respiratoire à peu près complète. On perçoit de façon très nette et surtout à la partie moyenne le phénomène du tintement métallique. Pas de succussions hippocratiques.

Pas de gros retentissement de la voix, ni de la toux.

En avant, à gauche, sonorité exagérée avec obscurité respiratoire totale.

A droite, en arrière et en avant, signe de bronchite, surtout au sommet.

On pense à un pneumothorax.

Rien autre à signaler.

A la radio : Pneumothorax gauche. Le poumon est complètement aplati contre le médiastin, une légère adhérence semble persister avec la paroi extérieure. Médiastin refoulé du côté droit, petit niveau liquidien, très faible, obscurcissement du sinus.

Poumon droit plus obscur, mais pas d'image anormale.

C'est à ce moment que le malade est envoyé au Sana et la radio donne comme résultat :

Poumon gauche : Collapsus pulmonaire complet dans la partie supérieure.

On a un véritable moignon pulmonaire dont la limite supérieure se meut avec les secousses de toux dans le quatrième espace.

Le lobe inférieur plus flou reste adhérent en partie au diaphragme.

Léger niveau de liquide.

Poumon droit : Densification pulmonaire très régulière par compression du fait du pneumothorax.

Dextrocardie et déviation du médiastin.

R. X. le 28 février 1924.

Poumon gauche : Le poumon s'est légèrement décomprimé.

Ses limites sont plus floues et la partie supérieure se rabat moins nettement sur le hile.

Déviation moins accusée du médiastin.

Niveau liquidien inchangé.

R. X. du 7 mars 1924 : Le poumon est complètement décomprimé. On ne note absolument aucune trace de poche d'air. Le cul-de-sac joue normalement.

Examen : Respiration normale, aucun adventice.

Sort le 7 mars 1924.

20 mars 1924 : Le malade revient à la consultation comme il lui avait été conseillé. Il va tout à fait bien, a repris son travail (marchand forain), pas d'oppression, ni troubles quelconques.

23 mai 1924 : Est revenu se faire examiner. Il accuse une légère douleur à gauche dans la région mamelonnaire. Rien de particulier, peut-être quelques rares frottements pleuraux.

A noter que la température est toujours entre 36°5 et 37°5.

Pneumothorax spontané gauche, évolution en 4 semaines.

Pneumothorax des conscrits.

Revu il y a 2 mois environ. Va bien.

OBSERVATION N° 23

(Docteur AMABERT)

Guir... Marius, 38 ans, forain.

Entre au Sanatorium le 23 janvier 1931, avec une température oscillant entre 38° et 39°.

Sueurs nocturnes, mauvais état général. Pas de point de côté, un peu d'essoufflement.

A son entrée : On note au point de vue pulmonaire :

A droite : Rien à signaler.

A gauche : Une matité des trois quarts inférieurs, sans souffle, ni bruits amphoriques, ni métalliques. Abolition du murmure vésiculaire. Au sommet, signes de ramollissement.

Le 7 février 1931 : A l'examen radioscopique, on trouve une image hydro-aérique de pneumothorax spontané gauche.

Mort le 3 mars 1931.

OBSERVATION N° 24

(Docteur AMABERT)

Den... Marcel, 35 ans.

Le malade, qui était en traitement dans un hôpital de Marseille, rentre au Sanatorium de La Tronche le 12 décembre 1924.

Son premier examen radiologique donne, le 4 *janvier* 1925, un voile des deux poumons avec de nombreuses traînées et en plus, à gauche, une image de scissurite très apparente.

Ainsi se trouvait notre malade lorsque, le 5 *mars* 1925, celui-ci se plaint d'essoufflement et d'une douleur violente à la base gauche. La température monte progressivement aux environs de 39°. La respiration est de 25 à la minute. On note des signes évidents à l'auscultation de pneumothorax gauche, que la radio du 12 *mars* 1925 confirme. Il existe un décollement en croissant. Le lobe supérieur reste adhérent. Le liquide a deux étages très mobiles, l'étage supérieur étant moins opaque que l'étage inférieur. Le médiastin est refoulé.

Au côté droit on note un voile généralisé sur toute la hauteur du poumon.

Un nouvel examen radiologique, fait le 4 *septembre* 1925, montre un niveau liquidien plus élevé que précédemment.

Mort le 13 *octobre* 1925.

OBSERVATION N° 25

(Docteur AMABERT)

Schmorg... Jacob, 40 ans.

Rentre le 27 *juin* 1928 au Sanatorium. Le diagnostic de tuberculose évolutive bilatérale confirmée par la radiographie du 6 *juillet* 1928 est porté.

Le 22 *décembre* 1928 : A la suite d'un nouvel examen radiologique, on trouve des signes évidents d'hydro-pneumothorax gauche. L'épanchement est abondant puisqu'il remonte jusqu'à la pointe de l'omoplate.

Le malade affirme n'avoir ressenti aucun malaise particulier depuis son dernier examen du 6 *juillet* 1928. Il

ne se souvient que d'un petit point de côté gauche il y a trois mois, accompagné d'une dyspnée peu vive. Rien cependant d'inquiétant, puisqu'il ne s'en est jamais plaint.

Le 23 février 1929 : Pas de température, essoufflement prononcé, cyanose de la face. Thoracentèse liquidienne de 1.000 cmc. de liquide citrin.

Mort le surlendemain.

OBSERVATION N° 26

(Docteur AMABERT)

B... Louis, 40 ans.

Entre au Sanatorium le 4 juillet 1930, sans température. Bon état général, mais se plaint principalement de toux et expectoration.

A l'examen pratiqué à son entrée on note, le 9 juillet 1930 :

A gauche : Des signes fibro-caséux de toute la hauteur du poumon.

A droite : Une respiration humée, avec quelques rares adventices.

Depuis le 9 juillet 1930, rien de particulier, lorsqu'à l'examen radiologique du 6 septembre 1930, on trouve un hydro-pneumothorax spontané gauche. Léger liquide dans le cul-de-sac diaphragmatique gauche.

Rien de spécial; le malade sort sur sa demande quelques jours après, le 14 septembre 1930.

OBSERVATION N° 27

(Docteur AMABERT)

Boiss... Gabriel, 21 ans.

Rentre pour toux, perte d'appétit et points de côté multiples, le 10 août 1928.

A l'entrée : Température de 37°5.

A l'examen : On note une tuberculose fibro-caséuse bilatérale avec prédominance des signes sous la clavicule gauche et dans la région sous-épineuse droite. L'examen radiologique du 17 août 1928 confirme l'examen clinique.

Le 9 octobre 1928: On note des signes cavitaires très étendus à gauche en avant (souffle et râles à timbre amphorique).

Sous-crépitants au sommet droit.

Nouvelle radio le 25 juin 1929, qui ne dénote rien de spécial.

Une nouvelle radio est pratiquée le 1^{er} août et on note:

A droite : Quelques ganglions sans importance, mais du côté gauche, une opacité généralisée de tout le poumon avec, au sommet, une clarté évidente.

Cette image donne l'impression de poumon refoulé et son bord semble aller de l'extrême sommet au bord externe de la clavicule et ce, à environ 3 cm. au-dessous d'elle.

S'agit-il d'une caverne ou d'un pneumothorax du sommet ?

La radio du 27 septembre 1930 donne une image inchangée.

A l'auscultation du 5 octobre 1930, on note au poumon gauche des signes amphoriques perçus en avant, sous la clavicule, jusqu'à la région mamelonnaire et en arrière, dans les deux tiers supérieurs du poumon.

Ces signes semblent devoir indiquer l'existence d'une vaste géode évolutive au sommet du poumon gauche.

Le 21 novembre 1930 : Mêmes signes.

Le 11 janvier : Le malade est pris d'une grosse hémoptysie qui a duré trois jours.

Mort le 13 février 1931.

OBSERVATION N° 28

(Docteur LAMY)

Gal... Gabrielle, 30 ans.

Entrée le 2 *décembre* 1930 au Sanatorium.

Sort sur sa demande le 4 *mars* 1931.

On ne note, à l'entrée, ni température, ni point de côté.

A l'auscultation du poumon droit, on trouve une matité du sommet avec obscurité respiratoire et retentissement à la toux. Quelques râles humides. Dans la fosse sus-épineuse et dans la moitié inférieure du poumon, quelques râles secs.

Poumon gauche : Respiration un peu soufflante avec quelques craquements.

Le 4 *décembre* 1930 : On passe la malade à la radio et l'on note à droite une barre noire transversale.

L'image pulmonaire au-dessus est claire et l'on se demande si la barre noire vue ne serait pas le bord supérieur de son poumon et s'il ne s'agirait pas, par conséquent, d'une caverne ou d'un pneumothorax.

A l'auscultation du 4 *janvier* 1931, on note :

Au poumon droit : Des râles métalliques au niveau de la moitié supérieure du poumon. Tintement métallique. Il s'agit sans doute actuellement d'un pneumothorax partiel du sommet. D'ailleurs, à ce niveau, sonorité exagérée et vibrations abolies.

La radio pratiquée le 8 *janvier* 1931 montre toujours cette barre noire transversale, mais pas de changement.

Enfin aux R. X., le 29 *janvier* 1931, on note que le bord supérieur du poumon est beaucoup plus élevé que précédemment (correspond 2° côte).

On a l'impression que le poumon s'est décomprimé à présent.

A l'auscultation du 5 *février* 1931, tintement métalli-

que. Souffle amphorique. Murmure légèrement conservé mais vibrations abolies.

Au niveau de la 4^e côte et au-dessous, râles humides, augmentant après la toux. Enfin, lors du dernier examen radiologique fait le 7 février 1931, on note un peu de liquide remontant d'un travers de doigt. Ce liquide est très mobile et se trouve au-dessus du bord supérieur du poumon.

Enfin, en position oblique, le liquide s'amasse dans la partie la plus déclive au-dessus du bord supérieur du poumon qui forme cupule.

Sort sur sa demande le 4 mars 1931.

OBSERVATION N° 29

(Docteur AMABERT)

Chamb... Louis, 34 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel.

Ce malade, qui rentre au Sanatorium, se plaint d'essoufflement assez prononcé. N'a pas de point de côté mais présente quelques crachats hémoptoïques.

A son entrée, on note :

A droite, en arrière : Un souffle rude de la fosse sus-épineuse et un léger souffle de la base.

En avant : A la moitié supérieure, des râles assez nombreux.

A gauche : Râles fins discrets.

Là radio du 26 octobre 1928 donne :

Au poumon droit : Une grisaille généralisée avec une caverne au sommet.

Au poumon gauche : Quelques traînées au niveau du hile.

Une nouvelle radio est pratiquée le 22 décembre 1928.

L'état des lésions est toujours avancé, mais on note,

alors que rien ne le laissait prévoir, un pneumothorax partiel de la base droite.

Décédé le 26 *janvier* 1929.

OBSERVATION N° 30

(Docteur AMABERT)

C... Etienne, 34 ans.

Entré le 22 *mars* 1925. Agé de 34 ans, chauffeur d'autos.

La maladie a débuté par de la toux et une expectoration muco-purulente, survenue assez rapidement au mois d'*octobre* 1924.

Cet homme travaille jusqu'au 31 *décembre*.

Le 1^{er} *janvier* : Point douloureux à gauche assez violent. Dyspnée. Température à 41°. La douleur persiste deux jours.

Le diagnostic de pneumothorax spontané est porté d'emblée.

Entré dans le service le 22 *mars* 1925. Assez bon état général, température: 37°5 vespérale, tousses et crache peu.

Signes cliniques et radiologiques de pneumothorax spontané gauche avec liquide.

Examen du liquide de ponction : Liquide jaune, citrin, culot de centrifugation nul.

Bactériologie nulle; cytologie nulle; bivalta positif.

Les examens répétés de l'expectoration ne montrent pas de B. K.

Le 18 *mai* : Apparition d'une orchite-épididymite bacillaire. Héliothérapie, fistule.

En *septembre* : Le liquide donne des signes d'intolérance. Ponction évacuatrice.

Radiologiquement, le liquide reste très mobile pendant

plus d'un an. Collapsus presque complet du poumon, avec adhérence sous-claviculaire.

En *septembre* 1926 : Matité sur toute la hauteur du poumon.

Ponction exploratrice, liquide purulent, vert, purée de pois.

Aux R. X. : Opacité de tout le côté gauche.

Ponction évacuatrice de 600 cmc., création d'un oléothorax que l'on entretient, le collapsus pulmonaire étant maintenu par des injections alternatives d'huile et de gaz.

Le malade s'améliore. Pas de température. La fistule de l'orchite est tarie. Le poids, qui avait sensiblement baissé au cours des premiers mois, remonte. Toux et expectoration nulles.

Quitte le Sanatorium le 1^{er} *septembre* 1927.

Deuxième séjour :

Entre à nouveau dans le service un an après, le 11 *septembre* 1928. Entre temps s'est aggravé. A fait 5 mois d'hôpital ou de Sanatorium.

L'oléothorax et le pneumothorax artificiel ont été abandonnés.

Tousse et crache. B. K. dans l'expectoration.

A l'examen clinique : Matité de tout le poumon gauche, râles bulleux dans la partie supérieure.

Aux R. X., seul l'extrême sommet est encore relativement perméable.

Avec la cure hygiéno-diététique simple, le malade s'améliore à nouveau. Rentre chez lui en juillet 1929. Travaille quelques jours.

Doit se faire hospitaliser à nouveau dans un Sanatorium du midi pendant six mois ; tous les 20 jours on retire 150 cmc. de liquide purulent et on pratique une injection d'huile et de liquide de Callot.

Travaille à nouveau pendant deux mois.

Doit interrompre encore une fois.

Troisième séjour :

Le 21 mai 1930 entre à La Tronche pour la troisième fois, amaigri, fébricitant, toussant et crachant beaucoup, et présente une grosse dyspnée d'effort.

On constate toujours à gauche les mêmes signes cliniques et radiologiques de pyopneumothorax.

Rapidement, la température redevient normale, reprise de poids.

Quitte l'établissement le 7 juillet 1930.

Quatrième séjour :

Travaille comme magasinier, va bien.

Au début février 1931 : Contracte une grippe. Tousse, crache, peu de température, perte de forces, très dyspnéique.

Entre le 12 février 1931 dans le service.

Mêmes signes cliniques et radiologiques.

On constate, en outre, l'apparition d'une collection fluctuante du niveau de la pointe de l'omoplate gauche. Ponction de 200 gr. de pus vert, épais, très lié.

Il s'agit d'un empyème de nécessité.

Devant la persistance de la dyspnée et de la réaction fébrile, on décide d'intervenir chirurgicalement (Docteur Bonniot). Pleurotomie, drainage continu.

Baisse immédiate de la température. L'état général s'améliore.

Phrénicectomie le 2 octobre 1931.

Thoracoplastie totale postérieure le 19 octobre.

Opération très bien supportée.

L'intervention sera complétée prochainement par la thoracoplastie antérieure.

Diagnostic :

Pneumothorax spontané gauche chez un fibro-caséux (1924-1925).

Pneumothorax artificiel d'entretien. Pyopneumothorax. Oléothorax (septembre 1926).

Empyème de nécessité (*février 1931*).

Pleurotomie avec drainage continu (*mars 1931*).

Phrénicectomie le 2 *octobre 1931*.

Thoracoplastie totale postérieure le 19 *octobre 1931*.

Thoracoplastie totale antérieure le 12 *novembre 1931*.

Suites opératoires très satisfaisantes.

Analyse schématique des observations

D'après les observations précédentes, nous pouvons constater que la symptomatologie est variée et qu'à côté de certaines formes bruyantes d'autres au contraire ne présentent que peu de signes fonctionnels, quand elles ne sont pas absolument silencieuses.

Pour mieux apprécier la variété de cette symptomatologie, il nous a paru intéressant de dresser, pour chaque observation, un tableau synoptique des signes fonctionnels : point de côté, dyspnée, etc...

Nous entendons par point de côté léger un point qui n'attire pas spécialement l'attention du malade, qu'il survienne en bonne santé ou au cours d'une tuberculose plus ou moins évolutive. Il est souvent révélé par l'interrogatoire rétrospectif.

Nous appellerons fièvre légère celle qui ne détermine pas une élévation de la courbe de plus de $0^{\circ}5$ à 1° .

Le pouls sera très rapide lorsqu'il est aux environs de 110, rapide aux environs de 90.

Enfin la respiration dont le rythme sera de 40 à la minute sera dite très accélérée. Aux environs de 30, nous l'appellerons accélérée et de 20 à 25, normale.

OBSERVATION I

Point de côté	léger.
Dyspnée	légère.
Cyanose	nulle.
Fièvre	nulle.
Pouls	rapide.
Respiration	normale.
Diagnostic posé	radiologiquement.

OBSERVATION II

Point de côté	léger.
Dyspnée	légère.
Cyanose	nulle.
Fièvre	légère.
Pouls	normal.
Respiration	normale.
Diagnostic posé	radiologiquement.

OBSERVATION III

Point de côté	léger.
Dyspnée	légère.
Cyanose	nulle.
Fièvre	nulle.
Pouls	normal.
Respiration	normale.
Diagnostic posé	radiologiquement.

OBSERVATION IV

Point de côté	nul.
Dyspnée	nulle.
Cyanose	nulle.
Fièvre	nulle.
Pouls	normal.
Respiration	normale.
Diagnostic posé	radiologiquement.
On ne peut trouver trace du début de l'affection.	

OBSERVATION V

Point de côté	violent.
Dyspnée	intense.
Cyanose	nulle.
Fièvre	forte.
Pouls	très rapide.
Respiration	très accélérée.
Diagnostic posé	cliniquement.

OBSERVATION VI

Point de côté	léger.
Dyspnée	légère.
Cyanose	nulle.
Fièvre	nulle.
Pouls	rapide.
Respiration	accélérée.
Diagnostic posé	radiologiquement.

OBSERVATION VII

Point de côté	léger.
Dyspnée	très intense.
Cyanose	légère.
Fièvre	forte.
Pouls	très rapide.
Respiration	très accélérée.
Diagnostic posé	cliniquement.

OBSERVATION VIII

Point de côté	violent.
Dyspnée	intense.
Cyanose	nulle.
Fièvre	forte.
Pouls	rapide.
Respiration	accélérée.
Diagnostic posé	cliniquement.

OBSERVATION IX

Point de côté	léger.
Dyspnée	légère.
Cyanose	nulle.
Fièvre	légère.
Pouls	normal.
Respiration	normale.
Diagnostic posé	radiologiquement.

On ne peut trouver trace du début de l'affection.

OBSERVATION X

Point de côté	violent.
Dyspnée	intense.
Cyanose	légère.
Fièvre	normale.
Pouls	très rapide.
Respiration	accélérée.
Diagnostic posé	cliniquement.

OBSERVATION XI

Point de côté	violent.
Dyspnée	intense.
Cyanose	légère.
Fièvre	forte.
Pouls	très rapide.
Respiration	très accélérée.
Diagnostic posé	cliniquement.

OBSERVATION XII

Pneumothorax traumatique

Point de côté	très violent.
Dyspnée	intense.
Cyanose	légère.
Fièvre	forte.
Pouls	très rapide.
Respiration	très accélérée.
Diagnostic posé	cliniquement.

OBSERVATION XIII

Point de côté	violent.
Dyspnée	légère.
Cyanose	légère.
Fièvre	légère.
Pouls	rapide.
Respiration	très accélérée.
Diagnostic posé	cliniquement.

OBSERVATION XIV

Point de côté	nul.
Dyspnée	nulle.
Cyanose	nulle.
Fièvre	nulle.
Pouls	normal.
Respiration	normale.
Diagnostic posé	radiologiquement.

On ne peut trouver trace du début de l'affection.

OBSERVATION XV

Point de côté	léger.
Dyspnée	nulle.
Cyanose	nulle.
Fièvre	normale.
Pouls	normal.
Respiration	normale.
Diagnostic posé	cliniquement.

OBSERVATION XVI

Point de côté	nul.
Dyspnée	légère.
Cyanose	nulle.
Fièvre	nulle.
Pouls	normal.
Respiration	normale.
Diagnostic posé	cliniquement.

OBSERVATION XVII

Point de côté	léger.
Dyspnée	légère.
Cyanose	nulle.
Fièvre	forte.
Pouls	rapide.
Respiration	accélérée.
Diagnostic posé	radiologiquement.

OBSERVATION XVIII

Point de côté	violent.
Dyspnée	nulle.
Cyanose	nulle.
Fièvre	forte.
Pouls	rapide.
Respiration	accélérée.
Diagnostic posé	cliniquement

OBSERVATION XIX

Point de côté	violent.
Dyspnée	intense.
Cyanose	nette.
Fièvre	forte.
Pouls	rapide.
Respiration	très accélérée.
Diagnostic posé	cliniquement.

OBSERVATION XX

Point de côté	violent.
Dyspnée	nulle.
Cyanose	nulle.
Fièvre	nulle.
Pouls	normal.
Respiration	normale.
Diagnostic posé	radiologiquement

OBSERVATION XXI

Point de côté	très violent.
Dyspnée	très intense.
Cyanose	nette.
Fièvre	forte.
Pouls	rapide.
Respiration	très accélérée.
Diagnostic posé	radiologiquement.

OBSERVATION XXII

Pneumothorax des conscrits

Point de côté	violent.
Dyspnée	intense.
Cyanose	nulle.
Fièvre	nulle.
Pouls	rapide.
Respiration	accélérée.
Diagnostic posé	cliniquement.

OBSERVATION XXIII

Point de côté	nul.
Dyspnée	nulle.
Cyanose	nulle.
Fièvre	nulle.
Pouls	normal.
Respiration	normale.
Diagnostic posé	radiologiquement.
On ne peut trouver trace du début de l'affection.	

OBSERVATION XXIV

Point de côté	violent.
Dyspnée	légère.
Cyanose	légère.
Fièvre	nulle.
Pouls	normal.
Respiration	accélérée.
Diagnostic posé	cliniquement.

OBSERVATION XXV

Point de côté	nul.
Dyspnée	nulle.
Cyanose	nulle.
Fièvre	nulle.
Pouls	normal.
Respiration	normale .
Diagnostic posé	radiologiquement.

On ne peut préciser le début de l'affection.

OBSERVATION XXVI

Point de côté	nul.
Dyspnée	nulle.
Cyanose	nulle.
Fièvre	nulle.
Pouls	normal.
Respiration	normale.
Diagnostic posé	radiologiquement.

On ne peut trouver trace du début de l'affection.

OBSERVATION XXVII

Geode ou pneumo ?

OBSERVATION XXVIII

Point de côté	nul.
Dyspnée	nulle.
Cyanose	nulle.

Fièvre nulle.
Pouls normal.
Respiration normale.
Diagnostic posé radiologiquement.

On ne peut trouver trace du début de l'affection.

OBSERVATION XXIX

Point de côté nul.
Dyspnée nulle.
Cyanose nulle.
Fièvre nulle.
Pouls normal.
Respiration normale.
Diagnostic posé radiologiquement.

On ne peut trouver trace du début de l'affection.

Fréquence comparative des symptômes

Comparaison entre les symptômes constatés dans nos observations et les descriptions classiques

D'après les 28 observations, nous trouvons pour :

Le point de côté :

très violent	2 cas
(Obs. 12, 21).	
violent	10 cas
(Obs. 5, 8, 10, 11, 13, 18, 19, 20, 22, 24).	
léger et nul	16 cas
(Obs. 1, 2, 3, 6, 7, 9, 15, 17, 4, 14, 16, 23, 25, 26, 28, 29).	

Dyspnée :

très intense	2 cas
(Obs. 7, 21).	
intense	7 cas
(Obs. 5, 8, 10, 11, 12, 19, 22).	
légère et nulle	19 cas
(Obs. 1, 2, 3, 6, 9, 13, 16, 17, 24, 4, 14, 15, 18, 20, 23, 25, 26, 28, 29).	

Cyanose :

très nette	0 cas
nette	2 cas
(Obs. 19, 21).	
légère et nulle	26 cas
(Obs. 7, 10, 11, 12, 13, 24, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 29).	

Fièvre :

élevée	9 cas
(Obs. 5, 7, 8, 11, 12, 17, 18, 19, 21).	
légère et nulle	19 cas
(Obs. 2, 9, 13, 1, 3, 4, 6, 10, 14, 15, 16, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29).	

Respiration :

très accélérée	7 cas
(Obs. 5, 7, 11, 12, 13, 19, 21).	
accélérée	7 cas
(Obs. 6, 8, 10, 17, 18, 22, 24).	
normale	14 cas
(Obs. 1, 2, 3, 4, 9, 14, 15, 16, 20, 23, 25, 26, 28, 29).	

Pouls :

très rapide	5 cas
(Obs. 5, 7, 10, 11, 12).	
rapide	9 cas
(Obs. 1, 6, 8, 13, 17, 18, 19, 21, 22).	
normal	14 cas
(Obs. 2, 3, 4, 9, 14, 15, 16, 20, 23, 24, 25, 26, 28, 29).	

Cas où le pneumothorax a été une découverte
radiologique :

(Obs. 4, 9, 14, 23, 25, 26, 28, 29).

POURCENTAGE DES SYMPTOMES

Point de côté :

très violent dans	7,1 %
violent dans	35,7 %
léger et nul dans	52,7 %

Dyspnée :

très intense dans	7,1 %
intense dans	25 %
légère et nulle dans	67,9 %

Cyanose :

très nette dans	0,0 %
nette dans	7,1 %
légère et nulle dans	92,9 %

Fièvre :

forte dans	32,2 %
légère et nulle dans	67,8 %

Respiration :

très accélérée dans	25 %
accélérée dans	25 %
normale dans	50 %

Pouls :

très rapide dans	17,8 %
rapide dans	32,2 %
normal dans	50, %

Le pneumothorax a été complètement ignoré dans 8 cas sur 20, soit dans 28,6 %

Enfin le diagnostic de pneumothorax n'aura été fait cliniquement que dans 13 cas sur 28, soit environ 46,5 %

**

Nous avons dit que Louis comparait la soudaineté de la perforation pulmonaire à celle de la perforation intestinale. Tous les auteurs après lui décriront du pneumothorax spontané au début dramatique.

Cependant, au cours des dernières années, quelques auteurs ont signalé des formes à symptomatologie différente.

Le clinicien de la tuberculose possède à l'heure actuelle des moyens d'investigation inconnus autrefois et il lui est permis précisément de déceler telles complications qui passaient jusqu'à ce jour inaperçues. On peut dire qu'étaient reconnus les pneumothorax spontanés à symptomatologie bruyante et qu'échappaient au diagnostic les formes sans fracas que la radiologie fit d'abord découvrir. Quelques publications récentes en ont apporté des observations probantes.

Les trente cas qui sont l'objet de notre étude nous permettent de considérer cette affection sous un tout autre aspect que nous le présentaient les descriptions classiques.

Nous voyons tout d'abord que le *point de côté* si impressionnant signalé comme le symptôme de base

n'existe avec son intensité classique que dans l'infime proportion de 3 cas sur 30. Dix fois il a été assez violent pour attirer l'attention du médecin sur la possibilité d'un pneumothorax spontané, mais 16 fois il a été léger ou nul. Cette considération est importante au point de vue symptomatologie, mais tout autant au point de vue diagnostic : elle montre que l'on ne doit jamais négliger l'apparition plus ou moins soudaine d'un point douloureux chez un tuberculeux et que lorsque l'on a éliminé les causes les plus fréquentes : foyer congestif, pleurite, etc., il faut songer au pneumothorax spontané.

La *dyspnée*, intense ou très intense, nous ne l'avons constatée que 11 fois : 9 fois elle fut légère, 10 fois nulle. Nous considérons que la description du malade assis, penché en avant, cyanosé, couvert de sueurs froides, angoissé, est un tableau d'exception.

La *fièvre*, élevée 10 fois, a été nulle ou peu marquée dans 20 de nos observations.

L'étude analytique de ces 30 observations du pneumothorax spontané nous permettra de tenter, au cours de ce travail, un essai de tableau symptomatologique de cette affection absolument différent du tableau classique.

Nous n'avons pas relevé dans la littérature médicale un travail d'ensemble portant sur un nombre aussi important de cas, mais les publications de ces dernières années, relatives au pneumothorax spontané s'accordent, en général, à admettre que la forme habituellement décrite est la moins fréquente.

Nous estimons, en conséquence, que les tableaux synoptiques que nous avons dressés pourront être considérés comme un inventaire assez exact du pneumothorax spontané pouvant servir de base à une description nouvelle.

Diagnostic

Laënnec disait : « Lorsque chez un homme dont la poitrine résonne mieux d'un côté que de l'autre on entend bien la respiration du côté moins sonore tandis que de l'autre on ne l'entend pas du tout, on peut être assuré qu'il est affecté de pneumothorax dans ce dernier côté. » Autrement dit hypersonorité d'un côté avec abolition du murmure vésiculaire du côté correspondant sont les deux signes capitaux du pneumothorax.

Mais Galliard, pour affirmer l'existence d'un pneumothorax, préfère les trois symptômes : tympanisme, obscurité respiratoire et abolition des vibrations.

Mais lorsqu'il n'existe qu'un signe assez vague, il faut bien dire que le diagnostic de pneumothorax en est très difficile, souvent même impossible.

La sonorité tympanique peut exister dans d'autres affections et en particulier, l'emphysème pulmonaire, les cavernes pulmonaires. Le tympanisme existe dans la pleurésie et le skodisme sous-claviculaire peut prêter à confusion.

L'abolition des vibrations thoraciques et la disparition ou l'affaiblissement du murmure vésiculaire

n'ont de valeur par eux-mêmes que s'ils sont accompagnés d'autres symptômes.

Le souffle amphorique se rencontre dans des cavernes, mais il a peut-être un timbre plus creux, pas aussi métallique que dans le pneumothorax.

Le tintement métallique s'observe lui aussi dans les cavernes mais serait moins fort, moins marqué.

Mais la succussion hippocratique est presque pathognomonique de l'hydro ou du pyo-pneumothorax.

Mais il se voit aussi — rarement d'ailleurs — dans de fortes cavernes qui au point déclive donnent une image liquidienne.

Quant aux signes fonctionnels nous ne croyons pas devoir nous y arrêter longtemps.

Le point de côté, la dyspnée, la cyanose peuvent s'observer dans un grand nombre d'affections pulmonaires. Et nous avons vu combien pouvaient être variables comme intensité tous ces signes fonctionnels.

Etant donné les signes physiques si peu caractéristiques et les signes fonctionnels si peu marqués, nous pouvons dire que nombre de pneumothorax peuvent être méconnus.

Nous nous contenterons seulement de rapporter deux observations très intéressantes à ce sujet :

OBSERVATION N° 1. — *Presse Médicale*, 15 février 1931.
— *Difficultés du diagnostic de pneumothorax.*

« En octobre 1928, M. D..., depuis 15 jours, se sentait
« souffrant et à la suite d'une angine, disait-il, avait été
« pris de crises d'oppression ; celles-ci paraissaient être

« exagérées par la position horizontale et la nuit ressem-
« blaient à des crises d'asthme. Le jour c'était une vé-
« ritable dyspnée d'effort qui s'aggravait chaque fois
« que le malade allait un peu vite ou montait un escalier.
« Toux et expectoration légères.

« A cette dyspnée étaient associés des symptômes qui
« faisaient penser à une compression ou à une irritation
« médiastinale; doigts des deux côtés engourdis, enflés
« surtout médius, avec sensation pénible et désagréable
« de temps en temps, pas de troubles artériels, pression
« — 17-10 de chaque côté.

« Surpris au premier abord d'un tel symptôme, nous
« avons ausculté les poumons et nous nous sommes
« aperçus cliniquement et radiologiquement qu'il s'agis-
« sait d'un pneumothorax. »

OBSERVATION N° 2. — Elle a été publiée aussi dans *la Presse Médicale*, en 1920, est nous a paru tout aussi instructive. La voici :

« Un chirurgien de 45 ans atteint vers la vingt-cin-
« quième année de tuberculose pulmonaire, ressentit
« soudain en courant un violent point de côté gauche ac-
« compagné de dyspnée et d'angoisse. Le tout ne dura
« que peu d'instant. Quelques mois plus tard, nouvel
« accès qui se prolongea toute la nuit, la gêne respira-
« toire ne disparut qu'au bout d'une semaine.

« Trois mois après, troisième crise avec angoisse d'une
« durée de quelques heures. Devant l'hypertension ar-
« térielle, le tabac, l'alcool, l'angoisse, la dyspnée, un
« médecin fait le diagnostic d'angine de poitrine, un au-
« tre d'asthme cardiaque. On passe aux rayons X le ma-
« lade et l'on trouve une ombre anormale pulsatile du
« volume d'une pomme à gauche de l'aorte surmontant
« le cœur. Les diagnostics d'anévrysme, kyste hydati-

« que, dilatations bronchiques sont émis. Peu après,
« on examine le malade et du côté gauche on trouve
« une forte diminution des vibrations thoraciques, une
« sonorité exagérée, un grand affaissement du murmure
« vésiculaire. On repasse le malade à la radio et l'on se
« rend compte que l'on avait affaire tout simplement à
« un pneumothorax gauche. »

Il ne faudra jamais omettre devant les pneumothorax à symptomatologies si bizarres de passer les malades à la radiographie. Il est évident que c'est un moyen de contrôle des plus importants et cela d'autant plus que de toutes les affections visibles à l'écran c'est le pneumothorax qui donne l'image la plus nette et la plus caractéristique. L'hydro ou le pyo-pneumothorax se verront aussi facilement. On pourra se rendre compte de la mobilité du liquide suivant des positions données au malade, du déplacement des organes.

Mais il ne faut pas croire que le diagnostic de pneumothorax à la radio soit quelque chose d'enfantin.

L'emphysème peut être facilement distingué. Les abcès sous-phréniques accompagnés de gaz pourraient en imposer pour un pyo-pneumothorax, mais la distinction sera malgré tout assez facile.

Ce ne sont que les cavernes pulmonaires qui peuvent être confondues avec certains pneumothorax partiels enkystés. Et la confusion peut être encore d'autant plus facile que les signes fonctionnels dans les deux cas sont réduits au minimum, cependant les cavernes siègent aux sommets, sont de dimensions

assez restreintes, sont moins claires que le pneumothorax et sont entourées d'une coque plus sombre.

Il ne faudra jamais oublier d'examiner les malades de face, de profil ou en position oblique et quelquefois l'on sera obligé de rester dans l'indécision et de ne pouvoir trancher le diagnostic entre un pneumothorax ou un géode (voir obs. n° 27).

Essai d'un tableau clinique de pneumothorax spontané

(*Symptômes, diagnostic, évolution et traitement*)

D'après les observations précédentes, et avec l'aide des tableaux synoptiques que nous avons établis pour le classement des symptômes, nous croyons pouvoir tenter une synthèse clinique nouvelle.

Nous distinguerons une forme commune et des formes cliniques.

I. — *Forme commune*

Le pneumothorax spontané est une affection rare que l'on constate le plus souvent au cours d'une affection tuberculeuse plus ou moins évolutive.

SIGNES FONCTIONNELS

Son *début* est le plus souvent caractéristique et consiste en un point douloureux peu intense, que le malade ne signale souvent qu'à l'interrogatoire rétrospectif. Ce point peut constituer pendant plusieurs jours le seul symptôme, et ne modifier en rien le genre de vie du malade.

Peu à peu cependant une gêne respiratoire modérée s'installe et c'est la plupart du temps parce qu'elle persiste et augmente que le malade fait appeler le médecin. A la période d'état, la respiration est rapide, superficielle et courte, et la dyspnée augmente avec les mouvements et la toux.

Le pouls est plus ou moins accéléré. L'ascension thermique n'est pas très importante.

En somme, signes fonctionnels peu marqués qui n'attirent pas immédiatement l'attention du malade et qui sont de peu de secours pour établir le diagnostic.

L'état général est peu modifié. S'il s'agit, comme c'est le cas le plus fréquent, d'une tuberculose évolutive, il reste inchangé.

Les modifications dépendent surtout de l'état dyspnéique qui peut créer un certain état d'angoisse et de cyanose et contraint le malade à l'immobilité.

SIGNES PHYSIQUES

Mais dès le début de l'examen clinique, l'attention doit être portée sur la possibilité d'un pneumothorax spontané. S'il s'agit d'un malade traité, on est frappé par la discordance survenue entre les signes actuels et les signes antérieurs. S'il s'agit d'un premier examen, le caractère particulier de ces signes attire l'attention.

La *sonorité exagérée* est un signe très important, soit en elle-même, soit par comparaison avec les données de la percussion. Mais elle n'est pas constante,

on peut avoir affaire à un épanchement gazeux en lame très mince, qui ne crée pas une cavité aérique suffisante pour motiver une exagération marquée de la sonorité. Chez les emphysémateux, ce renseignement peut n'être d'aucune valeur.

Abolition des vibrations. — Ce signe est important s'il remplace une augmentation antérieure de vibrations ou s'il est perçu comparativement avec le côté opposé. Mais dans un pneumothorax de la base, sa valeur est nulle, car sur un poumon malade, la perméabilité de la base peut être très diminuée et même en dehors d'un épanchement gazeux, les vibrations peuvent n'être pas perçues. Mais quand les vibrations sont supprimées sur toute la hauteur du poumon on doit, chez un dyspnéique qui a ressenti ou non un point douloureux, envisager l'hypothèse d'un pneumothorax spontané.

Silence respiratoire. — C'est, à notre avis, le signe majeur. Seul un épanchement de liquide ou de gaz peut le donner. Et il est d'autant plus pathognomonique que sa topographie est plus étendue.

Il est absolu presque toujours, et même dans le cas de nappe gazeuse très mince il oppose entre l'oreille et le poumon sous-jacent une barrière à peu près infranchissable aux sons.

Lorsque ce signe a été contrôlé, il convient de revenir sur la recherche de la sonorité et des vibrations quand celles-ci n'ont pas paru donner des renseignements utiles lors d'une première investigation.

Et on aboutira toujours à la constitution du trépied caractéristique :

$S = +$ Sonorité exagérée ;

$V = 0$ Vibrations abolies ;

$R = 0$ Respiration abolie.

La *radiologie* confirmera alors le diagnostic.

II. — *Formes cliniques*

Nous avons ainsi décrit succinctement la forme la plus fréquente qui se traduit par des signes fonctionnels nullement caractéristiques et des signes physiques qui permettent un diagnostic facile.

Il existe d'autres formes :

a) FORMES A SIGNES FONCTIONNELS NULS

Ces formes, ainsi qu'il ressort de notre travail, sont également très fréquentes. On pourrait être tenté de les réunir à la forme précédente sous la rubrique de « forme commune à signes fonctionnels réduits ou nuls ».

Le diagnostic se fera alors par hasard, grâce à un examen précis du malade à l'occasion de toute autre chose que la recherche d'un pneumothorax spontané ; on sera frappé un jour de constater en un point du poumon une zone de matité ; il s'agit d'un pneumothorax arrivé à la phase de liquide. On recherchera à ce moment les autres signes liquididiens caractéristiques. Ou bien on aura perçu à l'auscultation quelques

tintements métalliques. Ou bien la révélation se fera aux rayons X, etc...

b) FORMES A SIGNES FONCTIONNELS INTENSES :

FORMES AIGUES ET SURAIGUES

Elles constituent ce que l'on est convenu d'appeler, d'après les auteurs, la forme classique. Or, notre travail démontre que c'est au contraire une rareté. Son diagnostic est aisé. Nous ne reviendrons pas sur sa description.

Telles sont les principales formes cliniques de cette affection. Il serait vain d'en allonger la liste. Chaque malade réagit de façon propre à l'inondation gazeuse et il nous est apparu que toutes les formes peuvent rentrer dans une de ces trois catégories :

Forme commune à signes fonctionnels réduits ;

Forme à signes fonctionnels nuls ;

Forme aiguë et suraiguë.

Nous classerons cependant à part le pneumothorax spontané de Gaillard (pneumothorax spontané des Conscrits), dont la pathogénie mériterait une étude spéciale.

Evolution

Enfin l'évolution peut être différente, en dehors même de tout traitement. Nous avons vu des formes qui guérissent spontanément, avec ou sans liquide ; ce sont pour la plupart des poches gazeuses réduites, kystées.

En général, le liquide survient rapidement, opère sa transformation purulente et on sait la fin de ces pyopneumothorax abandonnés à eux-mêmes. L'évolution ici dépend en grande partie du traitement.

Elle dépend aussi de l'état pulmonaire et en particulier du poumon opposé à l'épanchement.

La nature anatomique de la perforation pulmonaire explique aussi certaines évolutions. Les distinctions entre pneumothorax ouvert, fermé, à soupape, revêt dès lors une extrême importance.

On conçoit qu'avec un traitement approprié une fistule qui se referme peut laisser des chances de guérison, et qu'une déchirure large n'accorde aucune chance d'action à la thérapeutique la plus appropriée.

Diagnostic

Celui-ci est facile dans les formes aiguës et suraiguës. Il est décrit dans les traités classiques, nous n'y reviendrons pas.

Dans les formes à signes fonctionnels réduits ou nuls, il est parfois très malaisé, mais reste toutefois assez limité.

Les signes fonctionnels ne sont pas caractéristiques.

Chez un tuberculeux, surtout en évolution, l'apparition d'un léger point de côté, d'un peu de dyspnée, d'un certain degré d'ascension thermique, font d'abord songer à un processus évolutif de l'affection tuberculeuse. C'est là le vrai diagnostic.

Dans le domaine pratique, il n'en existe pas d'autre.

La recherche minutieuse des signes physiques, lorsqu'elle aura éliminé la poussée évolutive, fera éliminer de même une manifestation d'activité pleurale : pleurésie aiguë en particulier, par l'absence du souffle. Un point cardiaque peut aussi prêter à une courte confusion, de la pleurodymie simple, etc...

En tout état de cause, en supposant que l'on ne découvre aucun signe physique probant, l'image radiologique tranchera le diagnostic. Mais celui-ci ne doit que dans ces cas tout à fait exceptionnels résister à la seule investigation physique.

Traitement

Le traitement entre dans le chapitre nouvellement ouvert de la thérapeutique chirurgicale des épanchements tuberculeux de la plèvre, spontanés ou consécutifs au pneumothorax.

Nous dirons simplement ceci, qui, à notre sens, est primordial : c'est que l'on peut, à l'heure actuelle, arrêter dans certains cas l'évolution fatale du pneumothorax spontané.

Nous donnerons comme exemple notre observation n° 30 où nous voyons un pneumothorax spontané traité dans chacune de ses étapes évolutives par des procédés d'importance progressive : ponction, oléothorax, phrénicectomie, thoracoplastie partielle, thoracoplastie antérieure.

Nous disposons aujourd'hui de ressources thérapeutiques qui réduisent notre impuissance à l'égard

d'une affection dont la guérison spontanée est l'exception et la mort le terme presque toujours fatal.

À choisir dans ces divers procédés, nous croyons que les méthodes les plus efficaces sont les plus brutales : l'oléothorax nous paraît absolument inopérant ; la pleurotomie, avec drainage continu et accessoirement rayons ultra-violets, peuvent donner d'excellents résultats, mais il semble bien que la thoracoplastie constituera les meilleures statistiques. Son action se trouve favorisée par le collapsus préalable du poumon qui est la première conséquence du pneumothorax spontané.

Elle paraît le traitement logique de cette affection redoutable.

Pathogénie

Depuis que Laënnec a décrit le pneumothorax, on a cherché à expliquer la nature de cette affection.

Nous ferons remarquer que depuis Laënnec on n'admet plus le pneumothorax par exhalaison. Celui-ci est toujours secondaire à une perforation pulmonaire. Quelle peut être la cause de cette perforation ?

Nous pouvons d'abord avoir :

Une perforation sur la plèvre pariétale ;

Piqûre du poumon (plaie, thoracétrie) ;

Opérations sur la paroi thoracique ;

Contusions thoraciques ;

Lésions des organes abdominaux perforant la plèvre diaphragmatique.

Ce mécanisme de production de pneumothorax, et nous aurons comme type l'observation XII, est exceptionnel; le plus souvent c'est par un mécanisme inverse que le pneumothorax se forme par suite d'une lésion superficielle de la costicalité du poumon. L'alvéole pulmonaire située sous le feuillet viscéral de la plèvre se rompt et l'inondation gazeuse se trouve ainsi faite. Ainsi agissent l'emphysème et la tuberculose. Dans tous les cas la rupture alvéolaire est faci-

lité par une augmentation brusque et momentanée de la pression intrapulmonaire (rire, éternuement, vomissements).

La pleurésie purulente, en se faisant jour du côté des bronches et en se vidant en dehors (vomique) met aussi la plèvre en communication avec l'air contenu dans les ramifications bronchiques et produit le pneumothorax.

Comme autres causes infiniment plus rares nous pouvons citer : la tuberculose des ganglions bronchiques et l'abcès froid de la paroi thoracique.

Parmi les hypothèses pouvant expliquer la cause de la rupture des alvéoles pulmonaires, deux grandes hypothèses se trouvent en présence. Les uns, avec Galliard, admettent la rupture d'une vésicule emphysémateuse, les autres admettent la rupture d'un tubercule sous-pleural.

Mais Galliard, pour expliquer chez ses sujets jeunes, sains, porteurs d'un pneumothorax, admettait la cause emphysémateuse et l'existence d'emphysémateux latents, ou d'emphysémateux partiels.

D'ailleurs l'absence de liquide (voir observation XXII) dans la plèvre serait une preuve que les gaz infiltrés proviennent d'une alvéole saine.

D'autres admettent tout simplement la rupture pure et simple dans la plèvre d'un tubercule sous-pleural.

Mais comment se fait-il que le pneumothorax dans certains soit d'une netteté absolue et que d'autres fois il puisse paraître inaperçu.

On ne peut répondre que par des hypothèses, mais nous allons voir que plusieurs causes sont à envisager.

D'abord les signes fonctionnels (points de côté, fièvre, dyspnée) peuvent manquer, et ensuite, s'ils existent, les signes physiques perçus peuvent être si minimes ou méconnaissables que le diagnostic de pneumothorax peut très bien ne pas être porté.

Il est évident que l'intensité des signes fonctionnels dépendra de la largeur de la brèche pulmonaire et de la pression intrapleurale, mais il y a lieu de remarquer que les auteurs sont loin d'admettre la proportionnalité entre l'intensité de la pression intrapleurale et l'intensité des signes fonctionnels. Il est évident aussi qu'un pneumothorax partiel donnera moins de signes qu'un pneumothorax total.

Mais en plus du poumon atteint et refoulé il y a lieu de voir comment se comporte le poumon opposé. Et si les pneumothorax sans signes fonctionnels passent inaperçus, c'est souvent que la suppléance du poumon opposé est parfaite.

Si, d'autre part, le déplacement des autres organes, en particulier du médiastin et du cœur, est nul, le pneumothorax pourra être supporté facilement ou tout au moins sans grosse gêne.

Il ne faut pas oublier non plus l'état des malades et il est classique de dire que chez les vieux tuberculeux à lésions avancées, la symptomatologie est à l'état latent.

Si le pneumothorax donne souvent des symptômes fonctionnels minimes, les signes cliniques peuvent souvent passer inaperçus.

Et nous devons considérer parmi les causes susceptibles de modifier les signes cliniques : la nature

des tissus, les plèvres trop épaisses, les adhérences pleurales.

Les pneumothorax circonscrits, localisés, renfermant peu d'air, donneront évidemment une symptomatologie restreinte.

Cependant Sabourin prétend qu'il y aurait deux phases dans ces pneumothorax circonscrits : une phase latente où le pneumothorax est localisé, puis un pneumothorax total dans lequel les signes ordinaires se montrent au grand jour.

La situation en profondeur intervient aussi et les signes physiques peuvent être plus ou moins atténués.

On comprend assez bien, en effet, qu'un pneumothorax de la région médiastinale, diaphragmatique ou interlobaire, puisse s'accompagner de signes physiques moins évidents qu'un pneumothorax situé dans la grande cavité pleurale.

Conclusion

1. — Le pneumothorax spontané est une affection rare, mais qui a retenu fréquemment l'attention des cliniciens par son allure, parfois dramatique, sa pathogénie, son évolution, son traitement.

Cette affection se constate presque toujours chez des tuberculeux.

2. — Son étude d'ensemble n'a pu être entreprise que grâce à la réunion des services spéciaux d'un grand nombre de tuberculeux. Nous avons pu, de cette façon, obtenir les 30 cas nouveaux de pneumothorax spontané, qui servent de base à notre thèse.

3. — Il ressort de cette étude que cette affection ne se manifeste que rarement avec la symptomatologie décrite par les auteurs.

4. — Les signes fonctionnels cardinaux que l'on était convenu de reconnaître comme révélateurs du pneumothorax : douleurs en coup de poignard, dyspnée intense, brusque et forte ascension thermique, ne s'appliquent en réalité qu'à une variété clinique, et peuvent être considérés comme une forme aiguë ou suraiguë de la maladie.

5. — Il arrive que ces signes fonctionnels sont à peu près nuls et que le diagnostic se fera par l'examen physique. C'est là la majorité des cas.

6. — Le diagnostic se fera toujours par la tirade physique suivante :

a) Sonorité exagérée avant apparition du liquide, matité ensuite ;

b) Abolition des vibrations ;

c) Silence respiratoire.

Mais il y a lieu de faire remarquer que la succussion hippocratique est un signe important au point de vue diagnostic clinique du pneumothorax spontané. Il tranche le diagnostic le plus souvent.

Tous les autres signes sont inconstants.

7. — La radiologie complétera le diagnostic. Mais ce n'est que dans des cas exceptionnels que celui-ci doit échapper à l'examen clinique.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
COURMONT.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 2 Décembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

Bibliographie

- ADLER. — Les pneumothorax à symptomatologie fruste. *Thèse Lyon*, 1908.
- BARD. — Du mécanisme et de la valeur séméiologique de la surpression dans le pneumothorax spontané et artificiel. *Lyon Médical*, 23 et 30 janvier 1927.
- BOUCHET. — Le pneumothorax spontané au cours de l'emphysème tuberculeux. *Thèse Lyon*, 1922-23.
- Le Bulletin Médical*. — La rétractilité pulmonaire, 1926, p. 502.
- BARRELL. — The treatment of spontaneous pneumothorax. *The British Medical of Tuberculosis*, vol. XXII, n° 1, janvier 1928, p. 13.
- DESCOMPS. — Etudes sur le phénomène des balances, dit phénomène de Kienböck, 3^e série, avril 1928, p. 242.
- EMERSON. — Le pneumothorax. Etude historique, clinique et expérimentale. *Johns Hopkins Medical Report*, 1903.
- KIRCH. — Zur Symptomatologie des Spontanpneumothorax. *Wiener Klinische Wochenschrift*.
- DUMAREST. — Sur le diagnostic radiologique de la tuberculose pulmonaire. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 octobre 1929.
- MÉTAIS. — Pneumothorax spontanés totaux à symptomatologie fuste et à évolution bénigne. « Pneumothorax de surprise ». *Thèse Paris*, 1928.

Monde Médical. — Interventions médico-chirurgicales dans le traitement des pneumothorax spontanés, 15 février 1931.

Journal de Médecine de Lyon. — De l'interprétation du tintement métallique dans l'auscultation des pneumothorax, 5 nov. 1931, p. 655 (Bernoux et Matteï).

Revue de la Tuberculose. — Indications opératoires de la phrénicectomie, juillet 1931, n° 7, p. 842.

ROUBIER. — La pression intrapleurale dans le pneumothorax aigu spontané. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 180, 5 juillet 1927.

RAIMONDI et ALBERTEL. — Pneumothorax espontaneo silencioso mantenido artificialmente como tratamiento de la lesión pulmonar. *Anales di Tisiologia del Hospital Tourin*, décembre 1926, n° 5, p. 85.

SAUERBRUCH. — Die Behandlung des Pyopneumothorax Brauer's. *Beiträge des Tuberculose*, fascicule 2-3, 11 décembre 1926.

SERGEANT. — Valeur diagnostique et mécanisme de la disparition de la matité hépatique dans le pneumothorax droit. *Congrès de Médecine de Paris*, 12-14 octobre 1922.

STOICHITZA. — La pression intrapleurale dans le pneumothorax spontané. *Revue de la Tuberculose*, décembre 1930, p. 1112.

TAROMA. — Sui fattori dell ammento della pressione endopleurica vei versamenti da pneumothorace. *Tuberculosi*, vol. XX, juillet-août 1928, fasc. 7 et 8, p. 269.

Gazette des Hôpitaux. — Traitement curatif d'urgence du pneumothorax suffocant, 1923, n° 11, p. 177.

— Pneumothorax spontané et oléothorax, 1923, n° 89, p. 1431.

— Pneumothorax accidentellement créé au cours de la ponction exploratrice, 1924, n° 70, p. 1159.

- Sur un cas de pneumothorax traité par pleurotomie, 1928, n° 19, p. 336.
 - Pneumothorax spontané chez le nourrisson, 1925, n° 10, p. 155.
 - Pneumothorax latents, 1920, n° 4, p. 61.
 - Presse Médicale.* — Pneumothorax spontané tuberculeux à étages, 1931, n° 9, p. 153.
 - Moyens de diagnostic différentiel entre grande caverne et pneumothorax.
 - Pneumothorax spontané des conscrits, 1 cas, 1927, p. 1466.
 - Diagnostic de certains pneumothorax spontanés survenant sans troubles fonctionnels, 1922, n° 38, p. 604.
 - Difficulté de diagnostic différentiel entre grandes cavernes et pneumothorax spontanés du sommet, 1924, n° 55, p. 581.
 - Pneumothorax latent de la base, découverte d'autopsie, 1920, n° 8, p. 76.
 - Difficulté du diagnostic dans le pneumothorax spontané, 1920, n° 74, p. 731.
 - La pectorilologie aphone comme moyen de diagnostic dans le pneumothorax au début, 1926, n° 19, p. 148.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
HISTORIQUE. — DESCRIPTION CLASSIQUE.	13
RÉSUMÉS D'OBSERVATIONS	17
ANALYSE SCHÉMATIQUE DES OBSERVATIONS.	47
FRÉQUENCE COMPARATIVE DES SYMPTÔMES. — COMPARAISON ENTRE LES SYMPTÔMES CONSTATÉS DANS NOS OBSERVATIONS ET LES DESCRIPTIONS CLASSIQUES.	59
DIAGNOSTIC.	65
ESSAI D'UN TABLEAU CLINIQUE DE PNEUMOTHORAX SPONTANÉ.	71
PATHOGÉNIE.	79
CONCLUSIONS.	83
BIBLIOGRAPHIE.	85
